COMPTE-RENDU

DE LA

PRATIQUE CHIRURGICALE

DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON,

PENDANT LES ANNÉES 1818, 1819, 1820.

COMPTE-RENDU

DE LA

PRATIQUE CHIRURGICALE

DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON,

PENDANT LES ANNÉES 1818, 1819, 1820;

LU EN SÉANCE PUBLIQUE DE L'ADMINISTRATION DES HÔPITAUX CIVILS, LE 30 JANVIER 1822,

PAR L. JANSON,

DOCTEUR EN MÉDECINE, CHIRURGIEN EN CHEF DU GRAND HÔTEL-DIEU, PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, MEMBRE DE PLUSIEURS SOCIÉTÉS SAVANTES.

Imprimé par ordre de l'Administration.

LYON,

DE L'IMPRIMERIE DE S. DARNAUD,

place Louis-le-Grand, n.° 8.

1822.

MESSIEURS LES ADMINISTRATEURS,

AU milieu des pénibles et importantes fonctions qui m'ont été confiées, souvent j'ai senti le besoin de comparer les résultats de mon expérience avec ceux obtenus par les grands maîtres de l'art; chaque jour, en présence d'un nombreux concours d'élèves, je me faisais un devoir de les exposer publiquement pour notre commune instruction. Aujourd'hui, je viens en rendre un compte plus général; je viens mettre sous vos yeux le tableau de mes trois premières années d'exercice à l'Hôtel-Dieu. J'exposerai fidèlement les faits les plus saillans, les observations les plus intéressantes; je ne dissimulerai ni l'insuffisance de nos méthodes de traitement dans beaucoup de maladies graves, ni mes revers, ni même mes erreurs. Sans doute, en proclamant quelques succès, je n'aurai point la prétention de justifier le choix dont je fus honoré. Les comparaisons et les rapprochemens que chacun serait en droit de faire, m'inspirent trop de défiance; je prouverai seulement que, dans les succès

comme dans les revers de ma pratique, plus d'une fois j'ai su trouver des encouragemens ou des leçons utiles pour l'avenir. Heureux si mes efforts obtiennent votre suffrage ; il me reste encore assez de temps pour faire le bien dans le poste que j'occupe, et je sens que vos encouragemens me sont toujours nécessaires.

Il n'est pas d'hôpital en France où l'on reçoive annuellement un aussi grand nombre de blessés qu'à l'Hôtel-Dieu de Lyon ; nulle part la chirurgie ne se présente sous des formes aussi variées. On y voit, chaque jour, les maladies les plus graves, les cas les plus intéressans ; son titre d'hôpital général y fait affluer les malades dans un rayon de plus de 40 lieues ; 10 ou 12 départemens nous envoient toutes les maladies aiguës ou chroniques qui nécessitent les grandes opérations que l'on ne pratique pas dans les hôpitaux secondaires.

Vainement se serait-on flatté de voir diminuer ce nombre par l'établissement des Secours à domicile ; il est bien démontré que les Dispensaires ne peuvent être d'aucun secours pour beaucoup de maladies chirurgicales : il suffit de comparer le mouvement actuel de nos malades avec ceux des années précédentes, pour se convaincre que cette Institution, qui ne fait

pas moins d'honneur à la philantropie de nos concitoyens, qu'au zèle éclairé des Médecins qui l'ont fondée, n'a réellement exercé aucune influence sur le nombre de malades confiés à nos soins.

Nos salles de chirurgie reçoivent, année moyenne, près de 4,000 malades, ce qui donne plus de 400 individus pour 350 lits; ainsi au 31 décembre 1817, il en restait 409; il en est entré 11,550, nous en avons perdu 878, il en est sorti 10,714. Ne voulant pas donner des calculs seulement approximatifs, nous avons fait faire, chaque jour, un relevé exact de toutes les maladies que nous avons eues à traiter; nous exposerons brièvement cette statistique chirurgicale qui formera la première partie de ce compte-rendu; dans la seconde, nous indiquerons les grandes opérations que nous avons pratiquées, et les résultats que nous avons obtenus.

De toutes les maladies chirurgicales, celles que nous rencontrons le plus souvent dans nos salles, sont les inflammations, particulièrement celles de la peau, du tissu cellulaire et de la conjonctive. Nos tableaux comparatifs en portent le nombre à 600, savoir : un quart de phlegmons, un sixième d'érysipèles, un tiers d'ophtalmies, le reste de rhumatismes aigus, engorgemens du sein, panaris, etc. Nous n'entendons parler ici que des inflammations observées le jour de l'entrée des malades ; celles qui surviennent consécutivement, telles que les gastro-entérites, les péritonites, les pleurésies, les dyssenteries, les catharres pulmonaires, etc., sont presque innombrables, soit comme maladies essentielles, soit comme complications des diverses lésions physiques qui sont plus particulièrement de notre ressort. Ce que nous disons des phlegmasies doit également s'entendre des fièvres, des hémorragies, des hydropisies, etc., etc., que nous pouvons observer mieux que partout ailleurs, puisque nous avons l'avantage de les voir débuter, et de pouvoir les suivre depuis le jour de leur invasion jusqu'à celui de leur terminaison.

Ces maladies, presque toujours sporadiques, sont néanmoins plus fréquentes pendant les trois mois du printemps que dans toute autre saison

de l'année ; elles n'ont jamais régné épidémiquement ; et si nous avons observé par fois un plus grand nombre de rougeoles et de dyssenteries, nous croirions abuser de la valeur des mots en leur assignant un caractère épidémique.

Parmi les inflammations de la peau, nous signalerons particulièrement les érysipèles de la face, qui se sont offerts quelquefois avec un appareil effrayant de symptômes. Ainsi la tuméfaction de la peau et du tissu cellulaire était portée au dernier point, les traits du visage défigurés, les yeux fermés par la bouffissure des paupières; la langue, sèche les premiers jours, devenait bientôt noirâtre ; la soif était intense, toutes les sécrétions étaient momentanément suspendues; il y avait trouble dans les facultés mentales, délire, insomnie, agitation et fièvre très-intense. Malgré cette gravité apparente des symptômes, nous avons constamment vu ces maladies se terminer favorablement du douzième au quinzième jour; et cependant nous n'avons suivi exclusivement aucune des deux méthodes de traitement les plus accréditées, savoir : les évacuations sanguines et l'émétique en lavage. Nous nous sommes bornés à la diète la plus sévère, à une abondante quantité de boissons délayantes, à quelques légers laxatifs, à des lavemens émol-

liens, et à des révulsifs fréquemment appliqués sur les extrémités inférieures. Quoique la maladie paraisse jugée vers la fin du deuxième septénaire, la convalescence est toujours plus ou moins pénible. Assez souvent il survient des parotides dont il faut prévenir la suppuration; la figure reste long-temps encore bouffie, la peau terne et couverte d'écailles, résultat de la desquamation de l'épiderme; enfin le moindre écart de régime, ou l'administration inconsidérée et trop prématurée des toniques ou des excitans, amènent des rechutes plus graves que la maladie elle-même.

L'été de 1818 nous a offert quelques inflammations des vaisseaux lymphatiques; elles nous ont présenté les caractères suivans : la maladie attaque de préférence les extrémités inférieures, débute par un léger frisson suivi de fièvre; bientôt la face interne des cuisses, depuis le genou jusqu'à l'aine, offre une couleur rosée où l'on distingue, dans la direction des lymphatiques superficiels, des lignes parallèles, saillantes, dures, se terminant aux glandes lymphatiques qui sont elles-mêmes tuméfiées, rouges et très-douloureuses. La rougeur augmente, devient plus luisante que dans l'érysipèle ordinaire, et ne disparaît pas sous la pression; la douleur

acquiert plus d'intensité, le moindre contact suffit pour la rendre insupportable; la chaleur reste modérée et la fièvre continue. Ce n'est qu'au septième jour que tous les symptômes s'amendent, excepté la douleur qui persiste encore avec opiniâtreté, et ne cède que lorsque la maladie a complètement disparu sous l'influence d'un traitement antiphlogistique. Il nous a toujours semblé que les caractères les plus saillans et les plus constans de cette phlegmasie étaient la violence des douleurs et les lignes érysipélateuses qui sillonnent les membres.

Nous avons eu souvent à traiter des anthrax du dos et du col, et nous n'avons pas toujours suivi la même méthode curative. Quelquefois, mais rarement, les cataplasmes émolliens ont suffi pour calmer la violence des accidens, et faciliter la chute des escarres gangréneuses. Dans le plus grand nombre de cas, l'opération est devenue urgente dès le principe; alors nous avons scarifié profondément la tumeur par trois ou quatre incisions cruciales, afin de faire cesser l'étranglement des parties molles, la tension des aponévroses, et pour obtenir un dégorgement local toujours plus ou moins salutaire. Comme nous ne reconnaissons rien de spécifique dans ces inflammations, nous avons renoncé à

la méthode cruelle des topiques irritans, qui ne font qu'ajouter à la gravité du mal en provoquant des douleurs atroces; les émolliens nous ont toujours paru préférables pour les pansemens subséquens.

Nous nous bornerons à une seule observation pratique au sujet des ophtalmies, en indiquant les deux caractères sous lesquels nous les avons constamment observées. Celles qui sont entretenues par le vice scrophuleux, (et c'est le plus grand nombre) nécessitent presque toujours l'établissement d'un séton à la nuque, surtout lorsqu'elles se compliquent de taies sur la cornée. Viennent ensuite les ophtalmies idiopathiques qui ne cèdent qu'à de fréquentes évacuations sanguines; et, dans ce cas, nous préférons souvent la saignée de la veine angulaire aux sangsues appliquées à la tempe. Le dégorgement est plus prompt, plus direct, on évite l'inconvénient de plusieurs piqûres, et, par conséquent, de plusieurs points d'irritation trop voisins de l'organe malade. En général, nous appliquons ce mode d'évacuation sanguine aux tumeurs phlegmoneuses, aux fractures comminutives, aux diastasis, aux phlegmasies des articulations, etc., lorsque nous rencontrons quelques veines avoisinant le siége de l'inflam-

mation. Enfin, dans le chémosis avec boursouflement de la conjonctive, nous faisons souvent une saignée plus directe encore, en excisant avec des ciseaux bien tranchans un lambeau de la conjonctive enflammée.

Si les expériences des physiologistes modernes ont ajouté quelques connaissances nouvelles à la théorie du système nerveux et de la moëlle épinière en particulier, il appartenait à l'anatomie pathologique de nous faire connaître leurs diverses altérations de tissus, et surtout les phlegmasies de ces organes. Nous sommes portés à croire que beaucoup de maladies des femmes qu'on désignait vaguement sous le nom de névroses, sans pouvoir assigner ni leur vrai caractère, ni leur siége immédiat, ont leur source dans le prolongement rachidien, ou dans les membranes qui l'enveloppent : quoique la nature du spinitis déjà entrevue par *Franck*, ne soit encore qu'imparfaitement connue par le petit nombre d'observations que les ouvrages périodiques ont rendues publiques depuis quelque temps, la science ne tardera pas à s'enrichir d'une bonne monographie de cette affection, et nous la devrons aux travaux de nos contemporains, et surtout à ceux de M. le professeur *Lallemand*.

Nous n'avons observé que trois ou quatre fois

cette maladie qui nous a présenté beaucoup d'anomalies dans sa marche ; aussi nous serait-il difficile de déduire quelques notions générales de l'observation de trois ou quatre malades, dont un seul est resté assez long-temps dans nos salles pour être observé convenablement. Ce qui nous a paru le plus remarquable, c'est que la même maladie produise deux effets si opposés, savoir ; des convulsions ou la paralysie des membres inférieurs. Nous avons vu des malades dans un état d'impotence complète, d'autres dont les muscles des extrémités inférieures étaient dans un état de contracture permanente, qui fléchissaient avec force les jambes sur les cuisses, et celles-ci sur l'abdomen. Si nous voulions raisonner ici par analogie, nous pourrions expliquer ce phénomène si singulier de la même manière que M. *Lallemand* explique les convulsions pour les maladies du cerveau, par l'inflammation de l'arachnoïde, et la paralysie, par l'affection de l'organe lui-même. Enfin nous dirons que, de tous les moyens curatifs, les seuls qui aient produit quelque amendement, sont les bains long-temps continués, et de fréquentes applications de sangsues le long du rachis. Nous avons essayé quelques méthodes perturbatrices ; toutes ont échoué, et n'ont produit qu'une exaspération de symptômes qui nous a forcés d'y renoncer.

Les abcès de toute espèce sont si fréquens dans cet hôpital, qu'il serait difficile d'en déterminer le nombre. Si nos relevés nous en offrent de 250 à 300 par an, ils comprennent seulement ceux que les malades nous ont présentés le jour de leur entrée; et parmi ceux-là on peut compter, pour les deux tiers au moins, les dépôts froids et les abcès par congestion. Ces collections purulentes qui acquièrent quelquefois un volume énorme, ne sont que des symptômes locaux d'une maladie plus générale; et, sous ce rapport, ils appartiendraient plutôt à la médecine qu'à la chirurgie, si, indépendamment du traitement interne, ils ne réclamaient souvent la main d'un chirurgien, et quelquefois d'un opérateur très-expérimenté. Une seule réflexion pratique se présente à notre esprit au sujet des dépôts froids et par congestion; c'est la manière de les ouvrir, et l'époque à laquelle il convient de faire cette opération. On a cru long-temps et beaucoup de praticiens pensent encore qu'il faut temporiser, autant que possible, afin de retarder l'introduction de l'air dans le foyer purulent, et préférer la potasse caustique à l'instrument tranchant, pour exciter une inflammation adhésive des parois du kyste. Ce raisonnement spécieux ne fait plus autorité en chirurgie; l'expérience

nous a prouvé qu'il y avait toujours de l'avantage à ouvrir ces abcès lorsqu'ils avaient acquis un certain volume, et que la pointe d'un bistouri ou d'un trois-quart était, dans tous les cas, préférable à la pierre à cautère.

Si les abcès purulens sont toujours le résultat d'une inflammation locale, la gangrène en est aussi quelquefois une suite inévitable. Ainsi, dans les hernies étranglées, dans le charbon, dans les fractures comminutives, dans les plaies d'armes à feu, etc., les escarres gangréneuses sont l'effet immédiat de l'astriction et de l'inflammation des parties contuses. Cependant il est une espèce de gangrène qui paraît essentielle, et dont la cause spécifique se trouve dans l'usage du seigle ergoté, ce qui a valu à cette maladie le nom d'*Ergotisme gangréneux.*

On se rappelle encore les ravages que fit, en 1814, dans quelques départemens environnans, une épidémie de gangrène sèche des membres, ou ergotisme gangréneux; et comme plusieurs malades qui en furent affectés, vinrent réclamer auprès de nous les secours de la chirurgie, on nous permettra de retracer ici les traits principaux de cette épidémie.

Au commencement de l'automne de 1814, l'ergotisme se déclara épidémiquement dans plu-

sieurs contrées de la France, notamment dans le département de l'Isère, qui, à lui seul, nous a envoyé plus de 25 malades sur 40 que nous avons traités; parmi ceux-ci on ne comptait que trois enfans et deux ou trois vieillards. Tous avaient mangé du seigle cornu immédiatement après la moisson; leur pain en contenait un tiers, une moitié plus ou moins, et c'est après cinq ou six jours de l'usage de cet aliment empoisonné, que se sont manifestés les premiers symptômes de la gangrène, laquelle s'est toujours fixée et bornée aux extrémités inférieures. Un seul malade en fut atteint au bras; chez tous elle exerça des ravages; plusieurs n'ont perdu que quelques phalanges des orteils; chez cinq ou six, le pied s'est détaché en totalité; dix-huit ou vingt ont été privés de la jambe; trois n'ont conservé que les cuisses.

La maladie s'est constamment annoncée par un sentiment de lassitude dans les jambes, auquel ont succédé des douleurs profondes et lancinantes qui s'exaspéraient la nuit, et ne laissaient ni repos, ni sommeil. Plusieurs sont restés quinze jours ou trois semaines dans cet état de souffrance, jusqu'au moment où la gangrène est survenue. Celle-ci était précédée par un froid glacial et des douleurs continues, jusqu'à ce que la ligne de démarcation fut tra-

cée entre les parties vivantes et les parties mortes. Nous avons vu des membres très-froids au toucher, et cependant très-douloureux encore. Bientôt il se formait des phlyctènes sous l'épiderme, la peau devenait violette, livide, noire; puis un cercle inflammatoire parcourait irrégulièrement la circonférence du membre, et laissait à nu des portions tendineuses, ligamenteuses et des os nécrosés. C'est dans ces points seulement que les parties étaient abreuvées de fluides, et qu'il s'établissait une suppuration abondante et d'une fétidité extrême. Toutes les parties mortes, qui tenaient encore au reste du membre, étaient désséchées, cornées, durcies, noires; la peau ridée, les os dépouillés de leur périoste dans une certaine étendue, et les escarres se détachaient sans hémorragie; des jambes entières se sont séparées sans effusion de sang, seulement on entendait un bruit, un craquement particulier au moment de leur chute.

Cette maladie s'est présentée dans son plus grand caractère de simplicité soit dès son début, soit pendant le séjour des malades à l'hôpital; aucun d'eux n'a été pris de l'ergotisme convulsif, ni de cette foule de complications fâcheuses, observées dans les épidémies décrites par *Noël*, *Duhamel*, *Salerne* et autres,

N'ayant eu à combattre aucune complication générale, notre attention devait se fixer sur la maladie locale, et notre traitement s'éloigner de toutes ces méthodes empiriques, tour à tour prônées et combattues dans les divers traités de l'ergotisme. En observant les malades avec attention, il était facile de se convaincre, que la gangrène continuait ses ravages tant que les douleurs persistaient dans le membre affecté, et que le cercle de démarcation ne commençait à se former que lorsque les malades moins tourmentés, commençaient à goûter quelques momens de calme et de sommeil. Dès-lors, nous fûmes naturellement conduits à ce fait de pratique que, pour arrêter les progrès de la gangrène, il fallait d'abord calmer les douleurs, et laisser ensuite à la nature le soin de former le sphacèle. Nous eûmes donc recours de bonne heure à la méthode de *Pott*, c'est-à-dire à l'opium, administré à la dose de trois ou quatre grains par jour, ce médicament avait le double avantage de calmer les douleurs, et de relever la force du pouls. Par lui toutes les gangrènes se sont bornées, et aucune ne s'est reproduite après la chute des escarres. C'est mon prédécesseur, *M. Bouchet*, qui le premier eut l'idée de traiter de cette

manière les malades qui, à cette époque, étaient confiés à ses soins. Et, depuis lors, j'ai eu souvent l'occasion d'en constater moi-même toute l'efficacité.

Lorsque la nature était insuffisante pour détacher les parties sphacelées, l'art venait à son secours : Il suffisait alors de faire la section de quelques lambeaux de chairs en partie gangrenées, ou de scier les os dénudés et nécrosés. Dix-sept ou dix-huit malades furent amputés du membre frappé de mortification, et, sur ce nombre, cinq périrent après l'opération. J'amputai les deux jambes à *Joseph Jurine ;* j'avais fait, un an auparavant, cette double amputation, sur un enfant de 7 à 8 ans; tous les deux jouissent aujourd'hui d'une très-bonne santé. Enfin je fis sur un vieillard l'extirpation partielle du pied droit, à la méthode de *Chopart*, et celle du pied gauche à la méthode du docteur *Lisfranc.*

S'il m'était permis d'entrer dans de plus grands détails, j'indiquerais les avantages incontestables du mode opératoire que nous avons suivi ; il suffit d'annoncer que, chaque fois qu'il a été en notre pouvoir, nous avons fait l'amputation dans les parties mortes, et que nous avons ainsi soustrait la plupart de nos malades à une des opé-

rations les plus cruelles et les plus graves de la chirurgie.

Les blessures produites par des agens vulnérans, forment une des classes les plus étendues du cadre nosographique ; et depuis la simple contusion jusqu'au délabrement complet d'un membre et à la lésion d'un organe essentiel à la vie, ces maladies présentent une foule de variétés qui s'offrent chaque jour à nos méditations, et réclament les moyens prompts et efficaces de la médecine opératoire. Il serait difficile d'ajouter aux travaux publiés, dans le siècle dernier, sur cette partie importante de notre art; aussi nous contenterons-nous de quelques réflexions sur leur thérapeutique et leurs complications.

Nous recevons annuellement dans cet hôpital de 480 à 500 blessures de toute espèce dans les proportions suivantes : 345 contusions ou plaies contuses; 35 coups de sabre ou d'épée, et 25 plaies d'armes à feu. J'observe, au sujet de ces dernières, que les sept huitièmes au moins proviennent des éclats de mauvaises armes, et du peu d'habitude de ceux qui s'en servent dans les campagnes. Si l'on connaissait la gravité de ces accidens, le nombre d'amputations qu'ils ont nécessitées, la surveillance de ces armes meur-

trières deviendrait peut-être un objet de sollicitude plus générale.

Nous avons constamment observé que, dans la contusion des tissus extérieurs, comme dans celle des organes renfermés dans les cavités, la médication la plus prompte et la plus efficace était la saignée générale ou l'application des sangsues sur la partie la plus voisine de l'organe souffrant. C'est surtout pour les contusions du poumon que la saignée locale est d'une efficacité incontestable, alors même que le moment le plus favorable est passé; nous nous en sommes servis avec avantage. Nous pourrions rapporter ici une foule d'observations pour prouver que les sangsues appliquées un mois et plus après l'accident, ont toujours produit un effet avantageux.

Après les évacuations sanguines pour les commotions du cerveau, le moyen qui nous a le mieux réussi et dont nous ne saurions trop recommander l'emploi, c'est la dérivation sur le tube intestinal par l'usage du vin émétique trouble. Nous avons souvent rappelé à la vie ou fait cesser l'assoupissement, le délire et autres symptômes de l'ébranlement cérébral, à l'aide de deux ou trois lavemens dans lesquels nous faisions entrer cette préparation antimoniale.

Pour les plaies récentes, j'ai suivi, autant que possible, la première indication qui se présente à remplir, la réunion immédiate; et comme les moyens contentifs ordinaires ne suffisent pas toujours pour affronter et maintenir dans un contact parfait les bords de la division, j'ai été forcé plus d'une fois de recourir à la suture sanglante, opération dont les anciens avaient sans doute abusé, mais que les modernes ont aussi trop négligée; nous l'avons employée avec le plus grand succès pour une section complète du tendon d'achille, et pour une plaie pénétrante dans l'articulation scapulo-humérale, en voici les observations.

Félix Henri, âgé de dix-huit ans, garçon cafetier, reçoit sur la partie postérieure de la jambe un fragment de verre qui coupe le tendon d'achille dans toute son épaisseur, un pouce et demi au-dessus de son insertion au calcaneum. Transporté de suite à l'hôpital, nous trouvâmes les deux bouts du tendon divisé très-écartés l'un de l'autre; nous nous efforçâmes de les rapprocher et de les maintenir dans cette position à l'aide du bandage ordinaire et de la position du membre. Mais le bout inférieur tendait sans cesse à s'échapper au dehors, et venait s'interposer entre les bords de la plaie, ce qui nous dé-

cida à pratiquer la suture qui eut un succès complet, puisque le jeune homme, au bout d'un mois, quitta l'hôpital et put vaquer à ses affaires habituelles. On voit que cette opération avoit moins pour but d'affronter les bouts du tendon divisé, que de maintenir dans le fond de la plaie le bout inférieur qui continuellement se portait au-dehors.

Un jeune homme reçoit dans une rixe un coup de sabre sur le moignon de l'épaule; le muscle-deltoïde, l'apophise acromion, la capsule fibreuse de l'articulation sont divisés, et la tête de l'humérus est mise à découvert; la plaie était transversale, et présentait deux pouces et demi d'étendue d'avant en arrière; les bords en furent rapprochés avec soin et maintenus affrontés à l'aide d'un bandage unissant de bandelettes aglutinatives et de la position convenable du bras. Mais à peine quelques heures s'étaient écoulées depuis ce premier pansement, que tout l'appareil fut relaché, qu'il fallut y renoncer et reconnaître son insuffisance, pour contre-balancer la tendance des bords de la division à s'écarter l'un de l'autre; nous eûmes dès-lors l'idée de recourir à la suture entortillée. Les bords de la plaie furent traversés par six aiguilles, et rapprochés avec un double fil ciré; l'épaule fut cou-

verte de charpie mollette et fomentée pendant plusieurs heures, avec l'eau végéto-minérale; le troisième jour, il fallut enlever les aiguilles à cause du gonflement qui faisait craindre la déchirure des tissus qu'elles traversaient. Mais déjà le fond de la plaie était cicatrisé, et par conséquent l'articulation complètement fermée; plusieurs abcès se manifestèrent dans les environs, ils furent ouverts de bonne heure, les plaies suppurèrent pendant quinze ou vingt jours, et au bout d'un mois, le malade sortit de l'hôpital sans éprouver la moindre gêne dans les mouvemens du bras, qui s'exécutent avec la même facilité que par le passé.

Enfin personne ne conteste les avantages de la réunion immédiate des plaies pénétrantes de la poitrine, soit pour suspendre l'effusion du sang, soit pour prévenir l'emphysème ou en arrêter les progrès; ce conseil a été érigé en précepte par *Valentin*, *M. A. Petit* et *M. Larrey*. Je l'appuierai de deux faits qui m'ont paru assez intéressans pour être rapportés ici.

Un garçon boucher reçoit un coup de couteau entre la cinquième et la sixième côte sternale du côté droit; transporté de suite à cinq heures du matin à l'Hôtel-Dieu, je jugeai de la gravité du mal par la profondeur de la plaie et l'emphysème

qui s'était déjà emparé de tout ce côté du thorax, et gagnait à vue d'œil l'épaule et les parois abdominales. Je suturai la plaie, je fis pratiquer une forte saignée de bras, je couvris les parties emphysémateuses de larges compresses résolutives, le malade fut mis à la diète la plus sévère, et le repos le plus absolu fut recommandé. A l'instant les progrès de l'emphysème s'arrêtent; au septième jour, tout l'air infiltré avait disparu, la plaie était réunie, et le malade quitta l'hôpital au bout de trois semaines.

Marc Regore, âgé de 24 ans, sergent au quatrième régiment suisse, reçut en duel, au mois de mars 1818, un coup de sabre dans la poitrine du côté droit; l'hémorragie fournie par la lésion du poumon, fut considérable, et le sang coulait encore lorsque le malade fut transporté à l'hôpital. La respiration était gênée, le pouls petit, la figure pâle, les extrémités froides. Je pratiquai de suite la suture entortillée; quelques heures après, je prescrivis une saignée de seize onces; le malade fut mis à la diète absolue; une tisane délayante et légèrement antispasmodique fut ordonnée. Le lendemain, sentiment de pesanteur et douleur profonde dans la poitrine; nouvelle évacuation sanguine par la saignée du bras; les accidens se calment; le quatrième jour, les

aiguilles sont enlevées, la plaie est cicatrisée dans toute son étendue, et tout annonce une prochaine convalescence. Mais au quinzième jour, de nouveaux accidens surviennent; la face se décolore à l'exception des pomettes: des douleurs sourdes se font sentir du côté droit du thorax qui ne donne plus qu'un son mat lorsqu'on le percute; frissons irréguliers suivis de chaleur et d'une sueur abondante, spécialement sur le front, le col et la poitrine, pouls petit et ondoyant, toux continuelle, expectoration de crachats sanguinolens. Tout annonce une terminaison fâcheuse, lorsqu'aux crachats rouillés succèda une véritable expectoration purulente qui dura six semaines, époque à laquelle commença la convalescence. Le malade quitta l'hôpital parfaitement rétabli, trois mois après son entrée.

De toutes les complications des plaies la plus funeste, sans doute, est le tétanos, maladie presque aussi cruelle, aussi désespérante que la rage avec laquelle elle a d'àilleurs tant d'analogie; aussi la plupart des auteurs qui en ont traité, la regardent comme mortelle dans presque tous les cas. Cependant le père de la médecine avait annoncé que, si le malade ne succombait pas avant le quatrième jour, on pouvait le regarder comme hors de danger. L'expérience, d'accord

avec cet axiome, prouve en effet que la marche de cette maladie n'est pas toujours la même, et qu'il existe réellement deux espèces de tétanos, l'un aigu, l'autre chronique. Le premier débute brusquement, s'annonce d'une manière effrayante; les symptômes marchent avec rapidité, augmentent d'intensité d'un moment à l'autre; il y a de véritables accès semblables à ceux de la rage confirmée, et la maladie résiste à toutes les méthodes de traitement connues jusques à nos jours. Aucun des malades que nous avons traités dans cet hôpital, n'a survécu à cette cruelle affection; et cependant nous n'avons négligé aucun des moyens que l'on a tant préconisés dans ces derniers temps. Nous avons surtout insisté sur la méthode de *Stulz*; l'opium uni au carbonate de potasse, a été donné à la dose de 30 à 50 grains par jour; les bains tièdes ont été continués pendant cinq, huit et même dix heures de suite. Nous nous sommes enfin assurés par nous-mêmes que la dose prescrite d'opium était administrée aux heures convenues; nous avons toujours produit la diaphorèse, une sueur abondante, et jamais nous n'avons obtenu le moindre amendement dans les symptômes, un seul moment de calme, de tranquillité ni de sommeil. Je rappellerai la fin déplorable d'un jeune

soldat de la légion du Rhône, qui vit périr à ses côtés un de ses camarades dans des convulsions tétaniques, dont il fut frappé lui-même quelques jours après. Ce militaire m'ayant entendu dire dans une leçon de clinique que l'opium était le seul remède dont on pouvait espérer quelque avantage, mais que malheureusement la strangulation et le resserrement des mâchoires s'opposaient quelquefois à ce que les malades pussent en prendre une dose suffisante, se rappelant cette circonstance, pria un grenadier qui couchait auprès de lui, de lui faire une espèce de baillon qu'il se fit introduire dans la bouche, de manière à tenir les mâchoires écartées ; il s'empara de la potion dans laquelle j'avais fait mettre 50 grains d'opium et un gros de carbonate de potasse; il en avala péniblement quelques gouttes toutes les demi-heures, et périt le second jour, sans vouloir se dessaisir ni de sa potion, ni de son baillon.

Mais si le tétanos aigu offre peu d'espoir de guérison, il n'en est pas de même de celui qui suit une marche plus lente, qui demande plusieurs jours pour arriver à ce degré d'intensité que l'autre acquiert en quelques heures. La maladie, qui commence par les muscles des mâchoires, n'envahit que successivement les autres

organes locomoteurs; les accès sont moins forts et souvent presque imperceptibles et la maladie ne se termine qu'au 15.me ou 20.me jour.

L'hiver de 1819 nous a présenté dans le même mois trois cas analogues, et la comparaison de ces trois faits prouverait que nous sommes loin encore de connaître le véritable traitement du tétanos. Le premier malade était un homme de 55 ans, entré à l'hôpital pour une légère excoriation à la jambe, il fut pris du tétanos après une promenade qu'il fit dans la cour des convalescens par un temps froid et sec; la maladie se borna aux muscles de la face, du col et de la région antérieure du thorax. Elle dura dix-huit jours, et ne fut traîtée et guérie que par des embrocations huileuses stupéfiantes sur la blessure et les muscles convulsés; par des boissons délayantes et antispasmodiques, et quelques potions avec l'éther et la liqueur d'hoffman.

Le second malade est un jeune homme de 11 ans qui fut blessé par les éclats d'un canon de fusil qu'il tenait dans sa main; le tétanos dura vingt-deux jours; l'opium ne fut administré qu'à la dose de 2 ou 3 grains dans les vingt-quatre heures, et seulement pendant les huit premiers jours; l'enfant sortit parfaitement guéri quelque temps après.

Enfin je rapporterai avec quelques détails la troisième observation, parce qu'elle nous offre une de ces cures merveilleuses qui montrent toute la puissance de l'art, secondée des efforts de la nature.

Etienne Dubois, agé de 35 ans, d'une forte constitution, tombe d'un lieu très-élevé, perd connaissance, et ne donne quelques signes de vie qu'après son entrée à l'hôpital : appelé de suite auprès de lui, je reconnais tous les symptômes ordinaires de la commotion du cerveau, une fracture simple de la cuisse gauche vers son tiers supérieur, et une fracture comminutive de la jambe droite; après les avoir réduites l'une et l'autre, et appliqué les appareils nécéssaires pour maintenir les deux membres dans l'immobilité ; je prescrivis une potion calmante, une infusion de violette et de tilleul sucrée, et quelques momens après on fit une forte saignée du bras ; les premiers jours ne présentèrent que les symptômes inséparables de pareils accidens ; mais le sixième jour le malade, ayant pris froid dans la nuit, fut saisi d'une légère constriction ou pharinx, la déglution devint pénible, les crotaphites et masseters serraient avec force la machoire inférieure contre la supérieure; le lendemain, contraction convulsive de tous les muscles de la face; em-

brocation huileuse camphrée, eau de poulet avec le sirop de violette, potion avec un grain et demi d'opium et quelques grains de carbonate de potasse; le troisième jour, douleur sourde le long de l'épine dorsale, continuation des mêmes moyens; la maladie reste stationnaire, et ce n'est que le douzième jour que l'opisthotonos fut très-prononcé, la face grippée, les yeux fixes et brillans, la peau chaude et couverte d'une sueur abondante; les accidens s'amendent et diminuent même jusqu'au 18.me jour, époque à laquelle se déclara une violente pleurésie qui ne se termina que le 7.me jour. Pendant tout ce temps, l'opium est supprimé, et le tétanos arrêté dans sa marche, mais bientôt il reparaît avec la même intensité; l'opium alors est porté à la dose de 7 grains par jour, et tous les accidens tétaniques disparaissent complétement. *Dubois* fut encore retenu 5 mois à l'hôpital, soit pour la consolidation de ses fractures, soit pour la guérison de deux larges escarres gangreneuses sur les régions sacrées et ischiatiques; depuis 18 mois ce jeune homme est rendu à ses occupations habituelles, et jouit d'une bonne santé, il ne boite que légérement de la jambe gauche.

La pourriture d'hôpital, sans être aussi grave par elle-même, est cependant plus dangereuse

encore que la complication dont nous venons de parler à cause de son caractère épidémique ; rarement elle se borne à un seul malade, presque toujours elle étend au loin ses ravages, soit que les blessés encombrés dans des salles étroites et mal aérées, se trouvent placés dans les conditions les plus favorables à son développement, soit qu'elle ait la propriété de se propager par voie de contagion.

C'est une satisfaction bien grande pour nous de pouvoir annoncer que cette espèce de gangrène qui se réproduisait jadis si facilement dans cet hôpital, et qui, en 1814, enleva plus de la moitié de nos amputés, a complétement disparu de nos salles depuis quelques années ; sans doute les soins de propreté, la réforme des onguens dans les pansemens des plaies, le régime alimentaire mieux entendu n'ont pas peu contribué à éteindre ce terrible fléau.

A côté des plaies récentes des parties molles se range naturellement la grande classe des ulcères dont le siége et la nature sont si variés ; c'est ici qu'on pourrait reprocher à la chirurgie d'avoir empiété sur le domaine de la médecine interne, s'il était permis encore de tenter une séparation que l'état actuel de la science a rendu à jamais impossible. Tout est physiologi-

que et médical dans l'histoire des ulcères, leurs causes, leurs complications; leur fréquence dans un point plutôt que dans un autre, leur mode de cicatrisation, les grandes vues de thérapeutique générale indiquent assez combien ces maladies diffèrent des plaies simples dont le traitement est tout mécanique et chirurgical; avant même d'entreprendre la cure d'un ulcère, il faut avoir égard à une foule de circonstances qui peuvent en contr'indiquer la guérison; l'âge, le tempérament, l'idiosyncrasie du malade, les affections auxquelles il a été le plus souvent exposé, celles qui constituent la maladie essentielle et dont l'ulcération n'est qu'un symptôme doivent être prises en considération. Nous voyons tous les jours le moindre écart de régime, un refroidissement subit, une affection triste de l'ame supprimer brusquement la sécrétion du pus, et produire les accidens les plus graves, tels que des phlegmasies abdominales, une diarrhée colliquative, l'hydrothorax, la fièvre hectique, et si dans ce cas on se bornait à un traitement local, si l'on ne savait sagement concilier les moyens hygiéniques avec les médicamens internes pour séconder et diriger convenablement la force médicatrice de la nature, on commettrait une grave erreur. Ainsi, rien n'est

à négliger dans l'étude et le traitement des ulcères qui forment à eux seuls à peu-près la huitième partie de toutes les maladies externes de cet hôpital; en général les pansemens les plus simples sont ceux qui nous ont le mieux réussi : les émolliens quand l'inflammation est trop active, les toniques ensuite aidés de la position horizontale, et d'une légère compression exércée sur le membre malade, telle est la méthode la plus généralement suivie. Nous avons essayé plusieurs fois celle des anglais, c'est-à-dire les bandelettes agglutinatives croisées en sens inverse sur l'ulcère, et souvent nous en avons retiré des avantages incontestables.

Nous voici maintenant arrivés, Messieurs, à la dernière classe des affections chirurgicales les plus communes, je veux parler des maladies des os, qui se présentent à nous avec deux caractères différens; tantôt ce sont des lésions physiques, telles que les plaies, les fractures, les luxations ; d'autrefois des lésions vitales qui modifient la sensibilité, altèrent la forme et la structure de ces organes solides, et produisent la carie, la nécrose, le spina ventosa, etc.

Le diagnostic des fractures et des luxations, le mécanisme de leurs déplacemens, le mode

d'action des appareils et des bandages pour les réduire et les maintenir réduites, peuvent être regardés aujourd'hui comme une véritable démonstration géométrique, et constituent la partie la plus certaine, et par conséquent la plus satisfaisante de l'art de guérir.

Le tableau comparatif de ces maladies nous donne annuellement les proportions suivantes : 135 fractures et 20 luxations ; parmi les premières, on en trouve 32 de la jambe, 25 de la cuisse, 18 ou 20 du bras, de l'avant bras, du crâne et de la face, 8 ou 10 de la clavicule, 5 ou 6 du col du fémur, de la rotule et du péroné; parmi les luxations, la plus fréquente a été constamment celle de l'articulation scapulo-humérale. Ce serait abuser de la patience de nos auditeurs que d'entrer dans de grands détails sur un point de pathologie externe auquel il serait difficile d'ajouter maintenant, cependant pour nous conformer au plan que nous avons adopté, et dans l'intérêt de la science, nous dirons qu'il est rare de voir sortir de cet hôpital des malades estropiés à la suite de fractures simples des extrémités inférieures, et que bien souvent nous avons su épargner aux malades de cruelles mutilations que semblaient nécessiter les grands délabremens des membres.

Parmi les observations assez nombreuses de fractures comminutives que nous avons fait recueillir, nous nous plaisons à rappeler succintement celles de trois malades que nous eûmes à traiter dans le mois de février 1819.

L'un était un enfant qui eut les os de la jambe et de la cuisse brisés en plusieurs esquilles; le cas me parut si grave que s'il n'eût fallu sacrifier que la jambe, je me serais aisément décidé à l'amputation; ce malheureux enfant souffrit avec une résignation et un courage au-dessus de son âge, les pansemens les plus pénibles et les opérations que nécessitaient l'ouverture des abcès et l'extraction des esquilles; il sortit de l'hôpital parfaitement guéri, à l'exception d'une claudication inévitable.

La seconde observation nous est fournie par un jeune homme fort et vigoureux qui eut la cuisse gauche et la jambe droite écrasées sous le poids de son cheval, le délabrement était considérable à la jambe, les fragmens s'étaient fait jonr à travers les parties molles, quelques portions d'os étaient entièrement détachées du tibia et nous aurions pu penser à l'amputation de la jambe sans la fracture du membre opposé. Un appareil à extension permanente fut placé sur la cuisse, et le bandage de *Scultet* sur la jambe;

après deux ou trois jours le malade ne put plus tenir dans la position où nous l'avions placé; car tous mouvemens des extrémités inférieures lui étaient interdits. Pour éviter cet inconvénient nous eûmes recours au bandage de *Sauters* que nous avions déjà employé avec avantage ; dès-lors les pansemens furent plus faciles, moins douloureux, les fragmens ne se déplacèrent plus, les accidens généraux se calmèrent, bientôt la suppuration prit un caractère louable, il se fit des exfoliations considérables, et au bout de trois mois de traitement, le malade sortit parfaitement guéri, et boitant à peine du membre droit.

Enfin le troisième malade était un vieillard qui me fut adressé par un médecin des environs pour une fracture comminutive de la jambe, avec issue du fragment supérieur, dénudé à la hauteur de deux ou trois pouces, et gangrène des parties molles qui entouraient les extrémités de l'os fracturé. Le malade fut pansé régulièrement deux fois par jour, jusqu'à la chute des escarres et la séparation complète du fragment nécrosé; bientôt l'ulcère prit un bon aspect, la suppuration diminua de jour en jour, la nature répara toute la portion d'os exfoliée, la plaie se cicatrisa, et le malade sortit deux mois après son entrée, sans la moindre claudication.

J'ai choisi exprès ces trois cas, afin de montrer tout ce que peut la nature, aidée des ressources de la chirurgie, à toutes les époques de la vie.

Les personnes de l'art, étrangères à cet hôpital, seront étonnées du nombre prodigieux de nécroses que nous y recevons chaque année. On sait que, vers le milieu du siècle dernier, cette maladie était si peu connue, que deux grands chirurgiens de cette époque, *Morand* en France, et *Chéselden* en Angleterre, se communiquaient avec empressement, et comme objet de curiosité, les premiers séquestres qu'ils eurent occasion de recueillir. C'est aux travaux de *David*, *Duhamel*, *Troja*, *Weidmann* et de M. *Léveillé*, que nous devons la connaissance de cette affection, et la vraie théorie de la régénération des os.

Tous les jours nous pourrions montrer sur quinze ou vingt malades, la nécrose sous toutes ses formes, et surprendre en quelque sorte le secret de la nature dans la régénération de ces os frappés de mort. Dans ce travail vraiment admirable, on voit successivement les chairs musculaires et le périoste, s'encroûter de phosphate calcaire, s'ossifier autour de l'ancien os, lui former une enveloppe dans laquelle il reste incarcéré, jusqu'au moment de son exfoliation; d'autrefois, le cylindre osseux n'est

pas nécrosé dans toute son épaisseur, il en reste encore une lame, et quelque mince qu'on la puisse supposer, elle suffit pour reproduire l'os en entier; on voit, sur toute sa superficie, s'élever des bourgeons charnus, qui végètent et se durcissent jusqu'à ce que la nouvelle ossification soit entièrement achevée. Hé bien! ce que la nature fait à si grands frais pour cette régénération, elle le fait aussi pour se débarrasser des débris de l'os nécrosé, et expulser les séquestres les plus volumineux. Nous pourrions montrer des moitiés de tibia, des trois-quarts de cubitus, etc., qui se sont séparés d'eux-mêmes sans les secours de l'art. Aussi depuis quelques années seulement, il s'est introduit une amélioration bien grande dans le traitement chirurgical de cette maladie. Nous avons presque entièrement renoncé à cette opération cruelle, qui consistait à faire de grandes déperditions de substance aux parties molles, à fendre le nouvel os avec la gouge et le maillet, à porter des couronnes de trépan ou des tenailles incisives dans le cylindre de l'os, pour briser le séquestre qui y est renfermé; nous attendons maintenant des mois, des années entières, nous ne hasardons plus de tentatives infructueuses, et, lorsque le moment fa-

vorable est arrivé, le moindre ébranlement suffit pour achever, presque sans douleur, une opération dont la nature avait fait tous les frais.

La carie, que l'on a long-temps confondue avec la nécrose, est aussi une maladie très-fréquente dans cette ville, où les scrophules sont pour ainsi dire endémiques. On la voit se fixer de préférence sur les os courts et les extrémités des os longs, elle n'est le plus souvent qu'une affection symptômatique, et n'exige d'autre traitement que celui de la maladie générale, sous l'influence de laquelle on la voit se développer. Nous l'observons fréquemment aux vertèbres dorsales et lombaires, où elle constitue la gibbosité ou mal vertébral *de Pott*. Presque toujours dans ce cas la cause déterminante a été un coup, une chute ou une forte distension de la colonne épinière. Quelquefois la douleur se borne à l'étendue d'une vertèbre; d'autre fois, c'est toute une région qui devient douloureuse. Nous avons cru remarquer que l'état de paralysie ou d'impotence des extrémités inférieures dépendait moins de l'incurvation de la colonne, au moment où la gibbosité se prononce, que de l'inflammation du tissu cellulaire renfermé dans le

canal rachidien ; depuis le simple ramollissement des os, jusqu'à la destruction complète d'une ou de deux vertèbres, la carie nous a offert beaucoup de variétés. Tantôt c'était des dépôts qui communiquaient avec le canal vertébral ; tantôt des abcès formés entre le corps des vertèbres et les bandelettes ligamenteuses qui le recouvrent. Enfin la moëlle épinière elle-même nous a présenté diverses altérations, telles que l'applatissement d'une portion de ce gros tronc nerveux, la phlegmasie des membranes qui le recouvrent. Nous rappellerons à ce sujet, l'exemple d'une jeune fille de treize ans, qui mourut à la suite d'une gibbosité de la région dorsale inférieure ; à l'autopsie, nous trouvâmes deux vertèbres carriées, un applatissement considérable de la moëlle dans l'étendue de 5 pouces, les membranes phlogosées, et, au bas de la région dorsale, la pulpe nerveuse réduite en putrilage, convertie en matière pultacée, et manquant dans l'étendue de 4 à 5 lignes. Ce qu'il y a de plus étonnant, c'est que, trois ou quatre jours avant sa mort, la malade avait pu mouvoir les jambes et les cuisses, était même sortie de son lit, et que les fonctions des viscères du bas-ventre et du bassin n'avaient éprouvé aucun dérangement.

C'est toujours par les moyens les plus actifs, tels que les cautères, les sétons et les moxas, que nous attaquons ces maladies en général plus fréquentes dans les premières années de la vie, puisque, sur quinze ou vingt que nous recevons ordinairement dans l'année, plus des trois-quarts s'observent sur des enfans avant la puberté. Souvent nous avons été assez heureux pour arrêter les progrès du mal, et obtenir à la longue une cure radicale.

Nous avons déjà parlé du scrophule, comme cause première de beaucoup de maladies chirurgicales, c'est encore lui qui produit la plupart de ces affections articulaires, connues sous le nom de tumeurs blanches, maladies qui trop souvent font le désespoir de l'art, soit par la longueur du traitement, soit par les opérations cruelles qu'elles nécessitent.

Nous en reconnaissons trois espèces : les unes essentiellement inflammatoires, surviennent après des coups, des chutes sur les articulations, et cèdent aux évacuations sanguines, aux topiques émolliens et au repos.

D'autres, beaucoup plus nombreuses, reconnaissent pour cause un principe rhumatismal, qui porte spécialement son action sur les tissus

fibreux, et n'attaque les os que consécutivement.

Enfin les tumeurs blanches scrophuleuses, plus fréquentes chez les enfans, commencent toujours par le gonflement des os, et n'envahissent que consécutivement les parties molles qui les recouvrent. Toutes les articulations peuvent en être le siége, mais plus spécialement les articulations gynglimoïdales. Ainsi, sur cent cinquante de ces maladies à peu près, reçues dans le courant d'une année, nous en avons compté un tiers au genou, autant au coude, et le reste au pied et au poignet. Toutes choses égales d'ailleurs, ce sont celles du pied, qui nous ont paru les plus grâves; c'est-là que nous avons souvent rencontré ces fongus articulaires, qui s'élèvent de la face externe, et quelquefois de l'intérieur de la membrane synoviale, produisent un engorgement considérable autour des malléolles, offrent une fausse sensation de fluctuation; soulèvent la peau, la percent circulairement, et paraissent au-dehors sous l'aspect de champignons rouges, indolens et fongueux; ils établissent une libre communication de l'extérieur à l'intérieur de l'articulation, et quelquefois remplissent cette dernière, au point,

que le moindre mouvement arrache des cris aigus aux malades, ces fongus s'accompagnent du ramollissement et de la carie des os sur lesquels ils reposent, et ont toujours nécessité l'amputation de la jambe.

Un autre point qui souvent a fixé notre attention, et dont les auteurs ne se sont point assez occupés, c'est le relâchement des faisceaux ligamenteux, qui fixent le fémur au tibia, cette laxité est telle, que les surfaces articulaires, s'abandonnent aisément, l'extrémité de la jambe, n'étant plus soutenue, se luxe peu à peu sur la cuisse; aussi est-on obligé de bonne heure, d'appliquer des gouttières, ou un appareil contentif sous le jarret pour s'opposer à ces déplacemens.

Nous ne dirons rien du traitement curatif, nous avons acquis la triste conviction que le repos long-temps prolongé peut seul en guérir un petit nombre par l'ankilose. Nous nous élevons toutefois contre l'abus trop général des émolliens sous forme liquide, ou même des cataplasmes de quelque nature qu'ils soient; les topiques secs et chauds, les sachets résolutifs, un ou deux exutoires autour de la tumeur, sont les seuls moyens que nous employons, et desquels nous ayons retiré quelque

avantage. Lors-même que l'ankilose paraît formée et la maladie guérie, il faut beaucoup de ménagemens, car la moindre contusion suffit pour renouveler tous les accidens. J'ai eu souvent l'occasion de montrer de semblables récidives; entr'autres, je citerai le cas d'un jeune homme de ce pays, que j'avais guéri d'une pareille maladie au genou; dix-huit mois après sa sortie de l'hôpital, je fus informé que la tumeur avait reparu, que le malade était dans le dernier degré du marasme, et que les médecins en désespéraient. Ayant visité, moi-même, ce jeune homme, je conçus la possibilité de lui sauver la vie, par l'amputation de la cuisse, les deux médecins qui le voyaient habituellement partagèrent mon avis, le malade fut opéré à l'Hôtel-Dieu, et sortit parfaitement guéri quelques-temps après. J'ai obtenu le même succès sur un enfant de douze ans, qui s'était trouvé dans le même cas, et avait subi la même opération.

Dans la classe des tumeurs blanches articulaires, on devrait comprendre la maladie des hanches, connue sous le nom de luxation spontanée du fémur. Les causes, la marche, le mode de désorganisation des surfaces articulaires, et le traitement en étant à peu près

les mêmes. Il serait difficile de trouver deux affections qui eussent plus d'analogie. Comme les premières, les luxations consécutives de la cuisse sont très-communes dans nos salles de chirurgie, nous en traitons habituellement de 25 à 30. Nous pouvons assurer en avoir guéri un grand nombre par les moyens précédemment indiqués. Quelquefois ces maladies marchent avec une lenteur désespérante ; nous avons vu plusieurs malades, ne se rétablir qu'après un an et plus de traitement ; d'autrefois, au contraire, elles parcourent leurs périodes avec une rapidité étonnante. En voici un exemple bien remarquable :

Une jeune fille, mariée depuis deux ou trois jours, est prise tout à coup, en sortant d'un bain tiède, d'une douleur cruelle dans la hanche gauche, elle entre de suite à l'hôpital, dans le mois de février 1819, deux jours après son admission, elle nous offre un allongement d'un pouce et demi du membre douloureux, et tous les autres symptômes de la luxation spontanée; la tête du fémur était sur le point d'abandonner la cavité cotyloïde; des sangsues sont appliquées autour de la hanche, puis des vésicatoires volans; tout mouvement de la cuisse est interdit à la malade. Six jours après, les dou-

leurs sont entièrement calmées, l'extrémité se raccourcit, reprend sa forme et sa direction ordinaire, et au bout de trois semaines la cure est complète.

Au tableau que je viens de vous faire des maladies observées dans cet hôpital, j'ajouterai celui bien affligeant, sans doute, mais cependant nécessaire, des moyens extrêmes, que nous avons employés, alors que tous les autres étaient devenus insuffisans, je veux parler des opérations. Si j'ai dû réclamer toute votre indulgence en commençant mon récit, c'est maintenant à votre courage qu'il faut que je m'adresse. Car l'idée seule d'un malheureux aux prises avec la douleur qu'il endure, et les souffrances plus cruelles encore d'une opération, offre quelque chose de repoussant, et devient un objet de terreur et d'effroi pour ceux qu'une longue habitude n'a pas accoutumés à ce triste spectacle. L'opérateur lui-même n'est pas toujours maître de réprimer sa sensibilité; souvent on le croit calme et de sang-froid, alors qu'il est agité par la crainte, effrayé par le danger, et qu'il cherche à se dissimuler la gravité du mal, ou l'insuffisance de ses moyens. Car, pour être courageux, il n'est pas impitoyable, et son cœur ne saurait s'endurcir

par la répétition continuelle des mêmes sensations.

En général on se fait une fausse idée de l'art des opérations, quand on le fait consister uniquement dans la dextérité de la main, dans la prompte exécution, et le choix des méthodes et des procédés opératoires qui ne sont pour nous qu'un objet secondaire, car le moment de la délivrance n'est pas encore celui de la guérison, mille circonstances peuvent rendre incertains les succès les plus probables, ou détruire les espérances les mieux fondées. Je n'en citerai que deux exemples, et je les choisirai de préférence parmi les causes qu'on croit trop généralement avoir peu d'influence sur la réussite des opérations.

Dans les premiers jours du printemps de 1819, j'opérai 20 malades de la cataracte par un temps clair, serein, et une température favorable. J'obtins 18 succès complets; huit jours après, j'en fis encore par un beau soleil, dans une même matinée, sept autres. A peine avais-je terminé la dernière, que tout-à-coup le ciel se couvre de nuages, la pluie tombe par torrens, le tonnerre gronde, et, le soir, tous nos opérés avaient les yeux enflammés; cinq perdirent complète-

ment la vue. Cette année, depuis le premier février jusqu'au premier septembre, nous avons fait plus d'opérations que jamais, et, sur ce grand nombre, j'en distingue 25 ou 30 de premier ordre; toutes ont réussi, et tous les malades sont sortis parfaitement guéris. Sans doute un pareil succès doit être attribué, en partie, à la saison favorable qui m'a si bien secondé; ce qui le prouve, c'est que la série des opérations d'automne n'a pas été à beaucoup près aussi satisfaisante. Ainsi donc il faut toujours faire la part des circonstances, avant d'attribuer à l'art ce qui lui revient des revers que l'on essuie, ou des succès que l'on obtient.

Sans ajouter trop d'importance à l'ordre dans lequel nous présenterons les opérations faites dans cet hôpital pendant les années 1818, 1819 et 1820, nous croyons néanmoins devoir nous conformer à l'usage généralement reçu; ainsi, après avoir parlé des opérations de la tête, de la poitrine et du bas-ventre, nous examinerons celles qu'on pratique indistinctement sur toutes les parties de l'économie.

Lorsqu'un corps vulnérant a brisé l'enveloppe solide du crâne, enfoncé une des pièces osseuses fracturées, ébranlé la masse encéphalique et déchiré les vaisseaux sanguins qui rampent à sa

superficie, ou pénètrent sa substance, lorsqu'enfin l'instrument vulnérant s'est logé lui-même dans la cavité crânienne, la chirurgie nous offre, pour remédier à ces accidens, l'application du trépan. Cette opération peut être regardée comme celle dont le succès est le plus incertain et le plus éventuel. *Desault* avait déjà signalé tous ses dangers à l'Hôtel-Dieu de Paris; et, il faut l'avouer, celui de Lyon n'offre pas des chances plus avantageuses. J'ai vu succomber les quatre malades sur lesquels je l'ai pratiquée, et elle ne m'a offert de particulier que le cas suivant. Un Autrichien reçut un coup de feu à la tête; j'appliquai une large couronne de trépan sur le sinus latéral, sans léser la veine qu'il renferme. Je fus assez heureux pour retirer, par l'ouverture que j'avais faite au crâne, une balle qui s'était perdue dans le cervelet; et cependant j'eus la douleur de voir périr ce malade, dont l'état semblait s'améliorer quelques instans après l'opération, le lendemain du jour où elle fut tentée.

L'organe que la nature nous a donné pour nous mettre en relation avec les corps extérieurs au moyen de la lumière, est d'une structure si compliquée, qu'il devient fréquemment le siége d'une foule de maladies, et particulièrement de la cataracte. Je ne vous dirai rien de la nature

et de la description générale de cette affection que la chirurgie moderne, aidée de la physique, a suffisamment fait connaître; mais nous nous arrêterons un instant sur les controverses qu'a fait naître l'opération qui lui est applicable.

Les chirurgiens de tous les pays sont encore partagés d'opinion sur le choix que l'on doit faire entre les deux méthodes principales qui comptent chacune tant de partisans et tant de détracteurs. Malgré tous les essais tentés de part et d'autre, malgré une foule d'expériences comparatives, la question reste encore indécise, et la meilleure raison qu'on puisse alléguer en faveur de la préférence accordée à l'extraction ou à l'abaissement, c'est la plus grande habitude qu'on a contractée de pratiquer l'une ou l'autre de ces opérations. Quant à nous, ne pensant pas que le résultat de notre pratique puisse être de quelque poids dans la balance, nous n'entrerons dans aucune discussion à ce sujet, nous contentant d'exposer des faits que chacun pourra interpréter à sa manière.

Avant d'entrer dans ces détails, nous dirons que, dans les hôpitaux, cette opération réussit moins bien en général que partout ailleurs, soit parce qu'il est impossible d'y prodiguer aux malades tous ces soins minutieux qui contribuent

tant au succès de l'opération, soit parce que nous sommes obligés de tout opérer, et de négliger souvent ce qui, dans toute autre circonstance, devrait être regardé comme une contre-indication. Il est vrai de dire aussi que, n'ayant que des chances favorables à espérer d'une opération qui ne peut pas ajouter à la gravité de la maladie, on ose davantage, et l'on obtient quelquefois des réussites plus flatteuses. Ainsi l'année dernière, nous eûmes la satisfaction de rendre la vue des deux yeux à une femme âgée de 82 ans, et à un enfant aveugle de naissance.

La méthode opératoire que nous avons constamment suivie, est celle de *Scarpa*, c'est-à-dire, la dépression du cristallin avec une aiguille enfoncée à travers la sclérotique. Lorsque la cataracte est solide, jaunâtre, qu'on la déprime facilement, on la porte au bas du corps vitré, et, s'il est possible, on la place de champ, afin qu'elle ait moins de facilité à remonter. Lorsqu'au contraire, le cristallin est mou, peu résistant, nous l'avons toujours broyé en place, nous avons souvent préféré de le laisser absorber dans ce point, que de tenter de vains efforts pour l'abaisser en totalité ou le faire passer en partie dans la chambre antérieure; car moins on tourmente l'œil, moins on a à redouter l'inflamma-

tion, seul accident à craindre par cette méthode. C'est ainsi que nous avons opéré 141 malades dont 108 ont recouvré complètement la vue; et sur les 34 sortis non guéris, il en est quelques-uns dont le cristallin remonté ou seulement en partie absorbé, ont pu y voir par la suite, soit à l'aide d'une seconde opération, soit parce que la cataracte, après un temps plus ou moins long, aura fini par s'absorber entièrement. Nous avons donc obtenu deux tiers et plus de succès, ce qui justifie mieux que tous les raisonnemens, le choix que nous avons fait de la méthode par dépression.

S'il fallait juger de l'importance et de la gravité d'une opération par le nombre et la variété des méthodes et des procédés qu'elle comporte, nous placerions en première ligne celle de la fistule lacrymale; et cependant la maladie elle-même est plus incommode que dangereuse. Comment se fait-il donc qu'elle ait exercé le génie d'un aussi grand nombre de chirurgiens? On peut en être étonné quand on ne considère que l'innocuité du mal; mais quand on réfléchit à la difficulté d'une cure radicale, loin de blâmer les efforts qui ont été faits pour l'obtenir, on est encore à désirer un mode opératoire exempt des inconvéniens qu'on peut reprocher à la plu-

part de ceux consacrés par l'usage. Je les ai presque tous essayés ; j'ai cru un moment aux avantages brillans qu'on accordait à la canule d'or ; mais je n'ai pas tardé à l'abandonner pour m'en tenir au procédé de *Desault*, légèrement modifié. Après avoir fait une incision au sac lacrymal, désobstrué le canal nasal avec une sonde à panaris, dont la crénelure me sert à diriger une corde à boyaux dans les cavités nasales, je vais à la recherche de cette dernière avec une érigne mousse, et, le deuxième ou troisième jour, je lui substitue un fil de soie qui me sert à conduire de bas en haut une petite mêche de coton dont j'augmente successivement le volume jusqu'à parfaite guérison. Ce procédé, outre les avantages reconnus à la méthode, a de plus celui de ne laisser paraître au-dehors que la portion de fil couleur de chair, qui, du grand angle de l'œil va se cacher sous la coëffure du malade. Il me serait difficile de supputer le nombre de fistules que j'ai opérées de cette manière ; mais ce qui est incontestable pour nous, c'est la supériorité qu'on peut lui accorder sur toutes les autres méthodes indistinctement.

Une des opérations que l'on pratique avec le plus de réserve, parce que les résultats en sont rarement heureux, et l'indication difficile à sai-

sir, c'est celle de l'empième. L'occasion de la pratiquer ne s'est présentée qu'une fois à nous dans le cours de trois années. Le fait est assez intéressant par lui-même pour que nous devions le consigner ici.

Le nommé *Gourgeat* de Lyon, âgé de 48 ans, reçoit un coup de couteau dans le côté droit de la poitrine, entre la cinquième et la sixième côte. Nul accident primitif, si ce n'est une légère hémorragie qui s'arrête aisément; le malade continue à vaquer à ses affaires, et vient, tous les matins, se faire panser à la salle des opérations. Le neuvième jour, douleur dans le lieu de la blessure, oppression, frissons, la fièvre s'allume, le malade garde le lit et appelle à son secours un des médecins les plus distingués de ce pays. Saignée du bras, application de sangsues sur le côté, amélioration momentanée; mais bientôt les accidens se renouvellent avec plus de violence; anxiété, toux avec expectoration glaireuse, frissons irréguliers, redoublemens nocturnes, chaleur considérable, rougeur des pommettes, son mat de toute la partie antérieure et latérale de la poitrine, œdématie circonscrite; fluctuation qui commence à se prononcer entre la sixième et la septième côte. C'est dans cet état de choses que le malade se rendit

à l'hôpital, sur l'avis de son médecin, pour se faire pratiquer l'opération de l'empième, que je crus devoir ajourner au lendemain matin. Mais alors le malade n'eut plus besoin de notre ministère ; au milieu de la nuit, il avait rendu par l'expectoration une grande quantité de pus extrêmement fétide ; les accidens se calmèrent, les crachats purulens continuèrent encore pendant huit ou dix jours, et le malade sortit parfaitement rétabli trois semaines après son entrée.

De grands travaux relatifs aux hernies ont signalé ces dernières années, on a poussé leur étude jusqu'à des recherches minutieuses. Mais tout en rendant aux auteurs de ces travaux le tribut d'hommages qu'ils méritent, on ne peut s'empêcher de convenir que leurs découvertes intéressent plus l'anatomie que la chirurgie pratique. L'opérateur, par exemple, qui s'en laisserait imposer, dans une hernie crurale chez l'homme, par la disposition anatomique des parties si bien indiquée par *Scarpa*, n'oserait porter son instrument sur aucun point du ligament de *Fallope* ; et cependant le doigt introduit dans l'arcade crurale, après le débridement, prouve que les vaisseaux épigastrique et spermatique ne sont pas aussi voisins du pourtour de l'arcade que dans l'état naturel. Huit fois nous

avons fait cette opération sans accident, et nous nous sommes constamment assurés que l'artère épigastrique était encore à deux lignes du point où nous avions terminé notre incision, et que la spermatique n'était pas sensible au toucher. Nous avons incisé en haut et dans le milieu, ayant soin de n'employer qu'un bistouri boutonné, à lame très-étroite, et d'incliner le tranchant de manière à faire une petite incision qui portait plutôt sur les fibres superficielles que sur les profondes; puis avec l'extrémité du doigt, nous obtenions une dilatation suffisante pour faire rentrer les parties déplacées.

Il n'est pas d'opération qui soit plus pressante et qui souffre moins de délai, surtout dans les hôpitaux, que celle dont nous parlons ; aussi donne-t-on le conseil, peut-être un peu trop général, de se hâter d'opérer dès que les accidens commencent à se manifester. Sans vouloir nous mettre en opposition avec ce précepte d'ailleurs sanctionné par l'expérience de tous les jours, nous prouverons que souvent il faut savoir temporiser, et ne recourir à l'opération que lorsque tous les autres moyens ont échoué. Nous pouvons assurer avoir guéri par le taxis, et soustrait à une opération qui compromet toujours plus ou moins la vie des malades, les trois quarts de

ceux qui sont venus réclamer les secours de la chirurgie dans cet hôpital. On sent que nous ne voulons parler ici que des hernies véritablement étranglées, quelquefois même depuis plusieurs jours, et dont les trois quarts au moins avaient déjà résisté aux premières tentatives de réduction.

Il en est du taxis comme du cathétérisme; très-facile le plus souvent, il demande une grande habitude et beaucoup de patience dans quelques circonstances. Quelquefois on ne fait rentrer qu'une partie de la tumeur, et cela suffit pour faire cesser les accidens, parce que la portion intestinale étant réduite, l'épiploon seul est resté dans le sac avec lequel il a contracté d'anciennes adhérences. Il ne faudrait même pas augurer de ce que toute la tumeur herniaire ne disparaît pas sous les doigts qui la pressent en tous sens, qu'il y reste encore quelques parties irréductibles; les couches celluleuses qui recouvrent le sac, peuvent acquérir une épaisseur telle qu'elles trompent la main la mieux exercée; et ce n'est qu'à la longue que ce gonflement des tissus, qu'on aurait pris d'abord pour une portion épiploïque, finit par disparaître. L'autopsie nous a mis deux ou trois fois dans le cas de vérifier ce fait, et de le mettre hors de doute.

J'ai fait 43 fois l'opération de la hernie; 13 malades ont succombé, soit immédiatement après l'opération, soit du quatrième au sixième jour; 30 ont été radicalement guéris. Sur ce nombre de hernies étranglées, il s'en est trouvé 15 de gangrenées, quoique les malades aient été opérés à l'instant de leur arrivée, à toute heure de la journée, et le plus souvent au milieu de la nuit.

Cette complication fâcheuse de la gangrène s'explique aisément par le retard qu'occasionne la répugnance des malades à se faire transporter de bonne heure à l'hôpital, et les efforts mal dirigés auxquels se livrent tant d'empiriques pour obtenir la réduction.

Dans les hernies avec gangrène, nous avons toujours eu soin, à moins qu'il n'y eût une déperdition de substance trop considérable à l'intestin, de repousser celui-ci dans l'abdomen, et de le maintenir derrière l'anneau à l'aide d'un fil ciré passé dans le mésentère. A la levée du premier appareil, on voyait les matières s'échapper par la plaie extérieure, d'abord en totalité, puis en partie seulement; chaque jour, la quantité devenait moindre, et, au bout de trois semaines, l'anus artificiel était entièrement guéri. Nous n'avons employé d'autre méthode qu'une légère

compression sur la plaie, des lavemens répétés tous les jours, et une diète sévère. Sur huit malades guéris par ces moyens simples, nous distinguons une femme agée de 60 ans, dont l'anus artificiel datait de 10 à 11 mois.

Une précaution qu'il ne faut jamais négliger, après avoir fait rentrer les parties qui formaient la hernie, c'est l'introduction du doigt dans le ventre, soit pour faciliter l'issue d'une plus ou moins grande quantité de sérosité, soit pour reconnaître l'état des parties, et s'assurer qu'il n'existe point d'étranglement interne. Ce dernier peut offrir tant de variétés, qu'il échappe souvent à tous nos moyens de recherche, et qu'on ne peut en supposer l'existence que par la continuation des accidens. Nous en rapporterons un cas extrêmement curieux, et que nous regardons comme unique dans son genre.

Pascal Rubin, âgé de 72 ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 9 mai 1819, avec tous les symptômes d'un étranglement herniaire. Je trouvai, en effet, un bubonocèle du côté droit, que je fis rentrer avec la plus grande facilité. Les accidens continuent; je porte à travers les tégumens deux doigts dans l'anneau inguinal très-dilaté, et rien ne peut me faire présumer un étranglement interne. Divers moyens sont employés pour cal-

mer la violence des douleurs et du vomissement; ils semblent réussir d'abord, mais bientôt ils restent sans effet, et le malade succombe le quatorzième jour de sa maladie et le cinquième de son entrée à l'hôpital.

A l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes une anse de l'intestin grêle étranglée par l'appendice cœcale qui formait un nœud complet, et interceptait toute communication du jejunum avec le gros intestin.

Les maladies des voies urinaires nécessitent un grand nombre d'opérations qui toutes ne sont pas également importantes; une seule va fixer notre attention, c'est la lithotomie. Quant au cathétérisme qui est d'un usage si journalier dans un grand hôpital, il ne nous a rien offert de remarquable. Nous dirons seulement que nous avons été assez heureux, jusques à ce jour, pour vaincre avec la sonde tous les obstacles qui s'opposaient au libre cours des urines, et que nous n'avons jamais été dans le cas de recourir à la ponction de la vessie, comme un des derniers moyens que la chirurgie nous offre en pareille occurrence.

La taille ou l'opération de la pierre est, sans contredit, la plus belle, la plus rationnelle de toutes celles de la chirurgie; il en est peu dont

tous les temps soient calculés d'une manière aussi invariable, et dont la gravité soit balancée par d'aussi brillans succès. Si l'on fait abstraction des complications fâcheuses qui aggravent toutes les grandes opérations en général, il sera facile de prouver que la lithotomie est encore de toutes, celle qui offre le plus de sécurité aux malades. Malheureusement nous ne saurions confirmer ce que nous avançons de notre propre expérience; les résultats de notre pratique ne sont ni assez nombreux, ni assez avantageux pour être concluans.

Ici, Messieurs, notre tâche commence à devenir plus pénible; les succès n'ont pas toujours répondu à notre attente; nous avons même, dans les commencemens de notre exercice, essuyé des revers qui eussent été décourageans, si nous n'avions pu leur assigner d'autre source que l'opération elle-même. Sur les 20 premiers malades que nous avons taillés, il en est mort 6, ce qui forme une proportion qui n'est point en rapport avec celle qu'on obtient communément. Il est vrai que, le plus souvent, nous avons opéré sous de fâcheux auspices; cinq fois nous avons rencontré des calculs énormes qui n'ont pu être arrachés qu'avec beaucoup de peine et de difficultés. Nous avons trouvé deux pierres encha-

tonées, deux maladies organiques de la vessie, avec un épaississement d'un demi-pouce des parois de cet organe; enfin nous avons perdu un de nos malades le vingt-deuxième jour après l'opération, lorsque la plaie extérieure était entièrement cicatrisée. Cet homme eut cinq hémorragies par le canal de l'urètre, qui furent arrêtées à l'aide de lotions froides et de l'extrait de *Ratania*, administré à petites doses. Il périt néanmoins, et ce n'est que quelques jours après que je connus la véritable cause de sa mort, l'onanisme.

J'ai toujours suivi, pour cette opération, le procédé *du frère Cosme;* et j'ai cru remarquer que, lorsqu'on commence l'incision extérieure trop bas, et qu'on est obligé de beaucoup latéraliser, on arrive plus difficilement dans la crénelure du cathéter; que l'introduction des tenettes et l'extraction du calcul sont plus difficiles; mais aussi j'ai observé que l'hémorragie est moins à craindre, que lorsqu'on plonge le bistouri à un pouce et quelques lignes de la marge de l'anus.

La lésion des artères du périné est d'une conséquence telle qu'il serait à désirer de voir la taille *recto-vésicale* prendre faveur. Je ne l'ai point essayée encore; mais le raisonnement,

d'accord avec l'expérience, en feront peut-être bientôt la méthode la plus simple et la plus certaine.

Une seule fois je fus forcé de renoncer au lithotome caché. J'opérais un enfant de 8 ans; l'incision était faite, et le canal de l'urètre ouvert, lorsqu'il fallut basculer avec l'instrument *de frère Cosme;* je fus arrêté par l'étroitesse du canal et par le rapprochement insolite des branches descendantes du pubis; je pratiquai alors la méthode de *Chéselden*, la pierre fut enlevée avec facilité, et le malade guérit.

Quant à la taille de la femme, on sait qu'elle est en général très-rare, comparativement à celle de l'homme. Cependant nous l'avons pratiquée trois fois, et par trois méthodes différentes. La première fois, nous la fîmes par l'appareil latéral, et nous ôtames un calcul volumineux; la deuxième malade fut opérée à la méthode de *Rossi;* et sur la troisième, nous fîmes l'opération tant vantée dans ces derniers temps, c'est-à-dire, la taille *vésico-vaginale.* La malade qui fait le sujet de cette observation, était âgée de 20 ans, d'un tempérament sanguin, souffrant depuis long-temps de la pierre. Ayant jugé celle-ci d'un volume considérable, nous nous décidâmes pour cette méthode. Nous eûmes, en effet, à charger

une très-grosse pierre qui se brisa sous l'effort des tenettes; et, dans l'un des fragmens, nous trouvâmes une bague de cuivre. Quoique l'opération ait été laborieuse, la malade fut entièrement guérie le quinzième jour, et sortit de l'hôpital peu de temps après sans fistule, ni incontinence d'urine.

Je ne vous dirai rien des opérations d'hydrocèle et de fistule à l'anus, dont le nombre est indéterminé; les unes ont été faites par injection, et les autres avec l'instrument tranchant et le gorgeret de *Marchetis*. Tous nos malades sont sortis guéris; aucun ne nous a offert encore de récidive. Mainte fois, nous avons vu les engorgemens chroniques du testicule se résoudre après l'injection, et, par conséquent, la même opération guérir deux maladies différentes.

Nous observerons, au sujet de l'hydrocèle, qu'au moment de la tuméfaction des bourses, il se fait un épanchement albumineux dans la tunique vaginale, qui rend la tumeur douloureuse et fluctuante, et pourrait en imposer pour la formation d'un abcès, si l'on n'était prévenu de cette circonstance absolument inévitable.

Enfin nous touchons, Messieurs, aux dernières opérations dont il me reste à vous rendre compte; ce sont l'extraction et la ligature des polypes,

l'ablation des loupes et des tumeurs cancéreuses, la ligature des artères anévrismatiques, la résection et l'amputation des membres.

On sait que les végétations polypeuses qui croissent et se développent sur les membranes muqueuses, présentent une infinité de variétés tirées de leur siége, leur mode d'implantation, leur volume et leurs caractères muqueux, fibreux ou carcinomateux, etc. Nous en avons opéré dans toutes les cavités accessibles à nos instrumens, dans le conduit auditif, les cavités nasales, la gorge, le rectum et la matrice.

Les polypes vésiculaires ont été enlevés par excision ou par arrachement; ceux, au contraire, qu'on appelle sarcomateux, qui sont durs, volumineux, anciens, à large base, ont été liés avec un double fil ciré, par des méthodes et des procédés différens suivant les cas.

C'est surtout dans l'arrière-gorge que nous avons eu fréquemment à lier de ces tumeurs polypeuses, qui quelquefois acquièrent un volume assez considérable pour gêner la respiration et la déglutition. J'en ai vu se prolonger si profondément dans l'isthme du gosier, qu'il était urgent d'en débarrasser les malades, et de les faire respirer artificiellement jusqu'à la chute de la ligature. Deux fois aussi j'ai disséqué de

semblables tumeurs qui avaient détruit toutes les cavités nasales, et s'étaient fait jour jusque dans les sinus sphénoïdaux. Je ne puis me rappeler sans effroi, un jeune homme de vingt-quatre ans qui, deux fois dans l'espace de trois ans, s'était soumis à la ligature d'un énorme polype, adhérent à la partie postérieure des cavités nasales. Je lui avais bien recommandé de revenir se faire opérer une troisième fois, aussitôt que le polype reparaîtrait; malheureusement il arriva trop tard, la tumeur occupait les deux narines, remplissait le sinus maxillaire, et paraissait dans la bouche à travers une ouverture de l'arcade dentaire, sortait en partie par le sac lacrymal ulcéré, occupait la cavité orbitaire dont elle avait projeté le globe de l'œil sur la joue, enfin elle obstruait tellement le pharynx, qu'il fallut promptement en détacher quelques morceaux avec la ligature et l'instrument tranchant pour faire respirer le malade. Celui-ci voyant que je ne pouvais plus tenter une cure radicale quitta l'hôpital quelque temps après.

Sur dix autres que j'ai opérés, j'en ai perdu deux, l'un était un enfant de douze ans qui, la veille de son départ de l'hôpital, fut pris d'une pheglmasie cérébrale à laquelle il suc-

comba en vingt-quatre heures; l'autre était aussi très-jeune, il mourut de la dyssenterie, un mois après la chute du polype.

Le procédé dont je me sers pour lier ces polypes est tout à la fois simple et facile. J'introduis, par les cavités nasales, l'extrémité d'une sonde de gomme élastique, que je retire dans la bouche, avec le doigt indicateur, recourbé en forme de crochet; je fixe à la sonde les deux extrémités d'une anse de fil ciré, que je ramène de bas en haut à travers les narines et, je la confie à un aide; puis écartant avec deux doigts l'anse de la ligature à mesure que je fais tirer sur l'autre extrémité, je l'engage au-dessous et derrière la base du polype, et je la serre ensuite avec un serre-nœud, que je fais glisser sur le plan incliné des fosses nasales. Tous les jours j'ai soin d'augmenter l'astriction, en tirant la ligature sur le serre-nœud que j'enfonce de plus en plus. Enfin avec une aiguille courbe, je passe un fil ciré à travers la portion du polype, qui dépasse le voile du palais, pour que le malade puisse s'en débarrasser lui-même, et ne soit pas exposé à l'avaler ainsi que je l'ai vu arriver deux fois, heureusement sans danger.

Cinq fois nous avons pratiqué la ligature pour

des polypes utérins, dont deux étaient implantés dans le fond de la matrice; trois sur les bords de l'orifice de son col. Nous nous sommes servis pour les contourner des porte-nœuds de *Desault*, et pour les lier, du barillet de M. *Bouchet le père.* Sur deux malades nous avons éprouvé beaucoup de difficultés. Néanmoins, ces opérations ont été couronnées d'un plein succès. L'une nous a offert une particularité assez curieuse; le matin du jour de son opération, la malade éprouva les accidens de l'avortement, et rendit un petit embryon. Ce qui prouve que ces tumeurs ne sont pas toujours un obstacle à la conception.

Nous avons fait recueillir deux observations intéressantes de polype du rectum. Je ne sache pas que les auteurs en aient décrit d'aussi volumineux, et dont les suites aient été moins fâcheuses.

Le premier fut rendu spontanément dans les efforts que le malade fit pour aller à la selle; il avait 5 pouces de longueur et 4 de circonférence; il était désséché, raccorni, légèrement applati en deux sens opposés, fletri sur toute sa surface, et présentant deux petits tuberçules, par lesquels il tenait profondément à la muqueuse intestinale. Le malade que j'ai revu

plusieurs fois depuis trois ans, jouit d'une santé parfaite.

Le deuxième n'a guéri qu'à l'aide de l'opération. Son polype ressemblait exactement pour la forme, le volume, la couleur, et cette double circonstance, qu'il sortait et rentrait avec la plus grande facilité, à la chute ordinaire du rectum. Comme il était largement implanté, je fus obligé de le lier en deux fois. Le malade éprouva divers accidens, que j'attribuai autant aux chaleurs brûlantes de la saison, qu'à l'opération elle-même. La convalescence fut longue, et le malade ne fut rétabli qu'après un mois et demi de traitement.

Les loupes dont je ne veux vous entretenir qu'un moment, sont encore de ces maladies contre lesquelles viennent échouer tous les remèdes qu'on peut leur opposer, et qui n'ont d'autre moyen de guérison, que la ligature ou l'instrument tranchant. Si l'on ne considérait que la tumeur elle-même, on serait tenté de croire que le remède est pire que le mal. Mais comme les unes peuvent dégénérer en cancer, et que les autres deviennent incommodes et même dangereuses par leur position, ou leur volume, on est convenu pour le

plus grand nombre, que l'ablation est inévitable et doit être pratiquée de bonne heure.

Si nous exceptons les tumeurs enkistées du genou, dont nous avons fait si souvent l'excision sans danger, toutes les autres nous ont présenté tant de variétés de forme, de volume et d'organisation, qu'il serait difficile de les indiquer ici. J'en ai extirpé une qui était située dans le vagin; on l'avait prise long-temps pour une hernie; une autre sur un enfant de six ans, elle occupait la grande lèvre gauche, c'était un lipome qui offrait 7 pouces de longueur et 5 de circonférence; une troisième que la malade portait sur la hanche, depuis trente ans, et qui égalait le volume d'une bouteille; plusieurs, grosses comme de petits melons, fixées sur les côtés de la poitrine ou au milieu du dos. Mais la plus remarquable de toutes est celle que j'enlevai de dessus les épaules de *Jean Dumas.* Elle avait le caractère du stéatôme, était attachée à la partie postérieure du crâne, par un large pédoncule, et tombait en forme de besace sur les épaules du malade, auquel elle servait d'oreiller; mesurée avant l'opération, cette loupe présentait 32 pouces de circonférence dans son plus grand diamètre, elle était du poids de 20 livres. Je l'enlevai en totalité,

ainsi qu'une partie du pavillon de l'oreille, qui était dégénérée. L'opération, de même que toutes celles que nous venons de mentionner, n'a été suivie d'aucun accident, et a complètement réussi.

Il est une maladie cruelle par la douleur qu'elle occasionne, mais plus encore par ses progrès que rien ne saurait arrêter; une maladie contre laquelle ont échoué toutes les ressources de la médecine, et qui ne disparaît sur un point, que pour porter ses ravages sur un autre, avec plus d'intensité; je veux parler du cancer. Ici se présente une grande question pratique; doit-on opérer les affections cancéreuses, ou bien faut-il les abandonner à elles-mêmes, et se contenter d'un traitement palliatif. Oublions un moment tout ce qui a été écrit pour et contre l'opération, et ne raisonnons que d'après l'expérience, c'est le seul moyen de résoudre, s'il se peut, une question d'une si haute importance.

Commençons par admettre que le cancer une fois développé est décidément incurable, que rien ne peut en arrêter la marche, et que tôt ou tard il doit conduire au tombeau, par des souffrances incalculables, le malheureux qui en est tourmenté. Maintenant, l'opération est elle

toujours suivie de la récidive de la maladie, ne guérit-elle jamais radicalement, est-elle plus nuisible qu'utile, en ce qu'elle fait souffrir le malade en pure perte, et, qu'une fois opéré, le cancer qui répullule marche avec plus d'activité, et frappe sa victime d'une manière plus prompte et plus assurée? en mettant toute prévention de côté, nous sommes forcés de convenir qu'il n'est pas d'opération plus incertaine dans ses résultats que celle du cancer.

Nous avons opéré toutes les tumeurs carcinomateuses susceptibles d'être extirpées en totalité. Nous n'avons respecté que celles dont les racines trop profondes devaient échapper à tous nos moyens de destruction, et souvent nous sommes revenus deux et même trois fois à l'opération, sans atteindre le but que nous nous proposions. Nous avons vu la maladie se reproduire après deux ans, six mois ou même quelques jours; nous avons remarqué aussi qu'elle reparaissait constamment sous la même forme et avec les mêmes symptômes. Ainsi c'était une glande squirrheuse, un ulcère rongeant, une végétation ou un tubercule cancéreux, suivant le caractère de la maladie primitive. L'âge, le sexe, le tempérament ne nous ont pas paru avoir une influence marquée sur la fréquence de ces récidives.

Nous pouvons en dire autant des variétés sans nombre qu'affecte la maladie cancéreuse; même après l'opération, il est impossible d'en calculer toutes les chances et d'en prévoir les suites funestes, à moins que quelques portions de peau, de tissu cellulaire ou de glandes dégénérées, n'aient échappé à l'instrument ou à l'attention de l'opérateur.

Mais de ce que le cancer semble se jouer de nos moyens les plus puissans, doit-on en conclure que, dans tous les cas, le fer et le feu ne sont plus rien pour lui; qu'on ne saurait l'éteindre dans un point, sans le voir reparaître sur un autre? Je ne le pense pas, et je présente à l'appui de mon opinion, des faits qui prouveront tout-à-la-fois que l'opération du cancer est par elle-même une des moins graves de la chirurgie, que bien souvent elle peut prolonger de quelques années l'existence des malades, et peut-être quelquefois aussi guérir radicalement. Je l'ai pratiquée 40 fois au sein, et 38 malades ont quitté l'hôpital, guéries des suites de l'opération; et cependant sur 12, j'ai fait en même temps l'extirpation de glandes sous-axillaires avoisinant profondément les gros vaisseaux qui arrosent cette partie du membre supérieur. J'ai opéré des malades de tout âge, et presqu'à toutes les époques

de ce qu'on appelle la diatèse cancéreuse; enfin j'ai amputé des seins de huit et même dix livres, qui dataient de 15, 20 et 25 ans. Voyons maintenant quels sont les résultats positifs de ces opérations; et pour cela, ne parlons que des plus anciennes, celles pratiquées dans ces dernières années, ne prouveraient rien en faveur de l'assertion.

Les renseignemens que j'ai pu me procurer sur les malades opérés en 1818, m'apprennent que, sur 15 malades, 6 ont vu repulluler la maladie; une six mois après l'opération; trois deux ans après, et les deux autres la troisième année. Cinq au nombre desquelles je compte une des respectables sœurs de cet hôpital, n'ont éprouvé depuis aucun accident, et jouissent d'une santé parfaite. Il en reste quatre dont je ne puis rendre compte, n'ayant aucune donnée positive à leur égard; mais dans quelque catégorie qu'on veuille les placer, les résultats ne me paraîtraient point encore assez défavorables pour renoncer décidément à cette opération. Vainement on objecterait que la plupart des tumeurs que nous avons opérées, n'étaient pas des *cancers*, et que l'opération a devancé le terme fatal, lorsqu'elle n'a eu qu'un succès momentané. Pour raisonner ainsi, il faudrait d'abord s'entendre sur la nature intime

de cette maladie, et n'avoir jamais assisté aux derniers momens de tant de malheureux qui périssent, faute de secours, ou pour n'avoir pas été opérés à temps.

Il est vrai toutefois qu'on a beaucoup abusé de la crédulité des malades au sujet des cancers; que l'ignorance et le charlatanisme ont toujours des spécifiques à lui opposer, et que souvent on a pris de simples engorgemens inflammatoires pour de véritables tumeurs squirrheuses. Combien de ces prétendus cancers ne voit-on pas se résoudre d'eux-mêmes, ou céder à la méthode antiphlogistique, aux topiques résolutifs, aux frictions mercurielles, etc.? Je n'en citerai qu'un seul exemple pris au hasard parmi une foule d'autres de même nature.

M. *** des environs de Bourgoin, âgé de 65 ans, portait, depuis quelques mois, un sarcocèle volumineux pour lequel il avait consulté plusieurs médecins. Quelques personnes lui ayant conseillé l'opération, il se rend à cet effet dans les chambres payantes de l'Hôtel-Dieu; j'examine la tumeur avec le plus grand soin; je ne la trouve ni assez dure, ni assez volumineuse, ni assez ancienne pour me décider à l'enlever; je propose au malade quelques frictions mercurielles sur les cuisses et autres moyens, il s'y

refuse avec opiniâtreté, et me demande instamment l'opération. Je lui fais part, et de mes doutes sur la nature même de sa maladie, et de l'espoir que j'avais d'en obtenir la résolution; je lui montre un malade que je traitais depuis deux mois pour un engorgement absolument semblable, et qui s'était complètement dissipé. Rien ne peut le convaincre; il fallait ou l'opérer, ou le renvoyer chez lui. Voyant que je ne pouvais prendre aucun ascendant sur son esprit, et que j'avais tout-à-fait perdu sa confiance, je le laissai partir très-peu satisfait de son voyage et encore moins de son médecin. Mais quel fut mon étonnement quand j'appris, deux mois après, qu'en moins de trois semaines, sans aucun traitement, ce sarcocèle s'était fondu, et que l'organe malade était revenu à son volume ordinaire.

Ce que je viens de dire du cancer des mammelles, est également applicable à celui de tous les autres organes accessibles à nos moyens chirurgicaux. Le nombre prodigieux de chancres des lèvres, d'ulcères carcinomateux des joues, nous montre, tous les jours, l'efficacité de la pâte arsénicale, de l'instrument tranchant ou du cautère actuel, pour attaquer cette maladie jusque dans ses derniers retranchemens. Lorsque le cancer des lèvres nécessite une déperdition de

substance trop considérable pour pouvoir réunir les bords de la plaie avec la suture, nous préférons au bistouri le cautère cultellaire, rougi à blanc, qui coupe et cautérise tout à la fois.

Dans l'état actuel de la science, il serait difficile de concevoir une opération aussi hardie, aussi brillante que celle qu'ont tentée les chirurgiens de nos jours pour les anévrismes renfermés dans les cavités. Il fallait tout le sang froid qu'on acquiert par une longue expérience, tout l'enthousiasme qu'inspire l'amour de la gloire et de l'humanité, toute la confiance que donnent de grandes connaissances en anatomie, pour oser se frayer des routes inconnues, et porter les moyens de compression immédiate au-dessus de la tumeur, en attaquant le mal tout-à-fait à sa source.

Les succès merveilleux obtenus par ces opérations hardies, formeront une des belles époques de la médecine opératoire. Il est glorieux pour nous que la chirurgie de Lyon ne soit pas restée en arrière dans cette circonstance, et que ce soit à l'Hôtel-Dieu qu'ait été pratiquée avec succès, pour la première fois en France, la ligature de l'artère iliaque externe.

Nous n'avons rien à vous offrir, au sujet des anévrismes, qui soit digne de fixer votre atten-

tion. Les seules ligatures d'artères que nous ayons pratiquées, ont été nécessitées par des anévrismes faux primitifs. Ainsi nous avons lié deux fois la brachiale, cinq fois la radiale, une seule fois la fémorale et la pédieuse. Aucune de ces observations n'offre assez d'intérêt pour être rapportée en détail; mais je vous dirai deux mots d'une tumeur anévrismale de l'artère poplitée, opérée, dans le mois de juillet 1818, sur *Claude Henriot*, âgé de 49 ans, natif de Beaune, département de la Côte-d'Or. Cet anévrisme avait le volume du poingt, occupait tout l'espace poplité et empêchait toute extension de la jambe sur la cuisse. Je l'opérai à la méthode de *Huntèr*. L'artère mise à découvert un pouce et demi au-dessus de son passage par l'arcade aponévrotique du troisième adducteur, fut liée avec deux rubans de fil ciré, dont un servit de ligature d'attente. Celle-ci tomba le onzième jour, et la tumeur s'abcéda le quinzième; il en sortit, à chaque pansement, un sang noir, fétide et mêlé de pus; au vingt-deuxième jour, la ligature qui serrait l'artère se détacha; plusieurs caillots durs et fibrineux sortirent par l'ulcération de la tumeur, le malade commença à mouvoir la jambe, et quitta l'hôpital le 19 septembre, dans l'état le plus satisfaisant, 32 jours après l'opération.

Lorsque plusieurs des maladies dont nous avons parlé ont fixé leur siége sur une des extrémités, et qu'aucune des opérations indiquées ne peut mettre les jours du malade à l'abri du danger qui les menace, il faut bien alors se décider à sacrifier une partie pour sauver le tout, et faire la soustraction d'un membre qu'on ne peut plus conserver.

Mais le malade et l'opérateur ont presque une égale répugnance pour de semblables mutilations, et ne s'y décident qu'à la dernière extrémité. C'est encore à la chirurgie moderne que l'on doit l'idée heureuse de leur avoir substitué quelquefois avec avantage une opération moins grave par ses conséquences, la *résection des extrémités osseuses.* Je n'ai recueilli qu'un fait de ce genre, et quoique le résultat n'en ait pas été favorable, je le publie dans l'intérêt de la science qui sait s'enrichir de nos fautes comme de nos succès.

Un jeune homme tombe à genoux sur le tranchant d'une faulx, l'articulation est largement ouverte, l'extrémité inférieure du fémur luxée sur la jambe, et fendue de bas en haut dans l'étendue de deux pouces; le délabrement était si considérable qu'il ne laissait d'autre ressource que l'amputation de la cuisse; le malade s'y refusa.

Je lui proposai la résection des surfaces articulaires, il y consentit dans l'espérance de conserver son membre seulement raccourci de quelques pouces. Je procède à l'opération qui fut très-longue et très-laborieuse; après avoir désarticulé le fémur, je passai un couteau à amputation dans l'espace poplité, pour détacher des os les parties molles et l'artère qu'il fallait laisser intacte au milieu du lambeau; l'os fut ensuite scié, et le tout réuni aussi exactement que possible. Jusqu'au quinzième jour, cette opération dont on ne connaît que peu d'exemples, et qui n'a peut-être jamais été pratiquée pour le cas dont il s'agit, nous faisait concevoir les plus belles espérances; mais l'impossibilité de maintenir dans une position fixe l'extrémité du fémur que les muscles rotateurs de la cuisse tournaient sans cesse en dehors, l'abondance de la suppuration et quelques écarts de régime, détruisirent tout espoir de réussite, et le malade succomba du vingt-cinquième au trentième jour.

Je laisse aux médecins éclairés et surtout aux chirurgiens prudens à juger la conduite que nous avons tenue dans cette circonstance; je ne crois pas qu'elle trouve beaucoup d'imitateurs, et je serais le premier à en dissuader ceux qui oseraient encore entreprendre cette opération.

Quant aux amputations proprement dites, ce n'est jamais qu'avec beaucoup de réserve et après avoir épuisé tous les autres moyens, que nous y avons eu recours. Le nombre en est cependant considérable, et l'on peut s'en rendre raison par les progrès constans de la maladie scrophuleuse qui attaque de préférence la classe indigente, toujours la plus nombreuse, et par les accidens inséparables d'une aussi grande population à laquelle se joint encore celle des campagnes.

Après les travaux des chirurgiens modernes sur cette partie de notre art, vous n'attendez pas de moi, Messieurs, que je vous rappelle les avantages et les inconvéniens des méthodes et procédés opératoires employés jusqu'à ce jour, ni que je discute en ce moment le temps dans lequel ces opérations doivent être pratiquées. L'observation de tous les jours et la nôtre propre nous apprennent que, toutes choses égales d'ailleurs, les amputations des membres sont plus meurtrières pour les hommes jeunes, forts et vigoureux, que pour ces malheureux affaiblis par la suppuration, usés par la douleur, et qu'un long séjour dans les hôpitaux a déjà accoutumés au mauvais air qu'on y respire.

Nous avons fait 38 amputations du bras, de l'avant-bras, de la cuisse ou de la jambe, et nous

avons été assez heureux pour sauver 32 malades. Les 6 que nous avons perdus étaient précisément des hommes à la fleur de l'âge, à qui une constitution saine et robuste semblait promettre un meilleur sort.

Vous venez d'entendre, Messieurs, le compte-rendu de nos travaux pendant les premières années de notre exercice à l'Hôtel-Dieu. J'aurais dû peut-être donner à ce travail déjà si aride par lui-même, une forme plus académique; mais il fallait ne pas dépasser les bornes ordinaires de la séance que vous avez bien voulu m'accorder. Mon but sera atteint si le cadre dans lequel j'ai été forcé de me renfermer, suffit pour donner une idée aussi juste qu'exacte de la pratique chirurgicale de cet hôpital. Qu'il me soit permis, en finissant, de donner quelques explications sur un point qui ne vous aura pas échappé sans doute; c'est que le nombre des opérations comparé à celui des malades, a beaucoup diminué depuis quelques années, et diminue chaque jour davantage. Si nous recherchons la cause de cette différence, et que nous ne soyons pas assez heureux pour la trouver dans la somme moindre de nos infirmités, nous aurons du moins la douce consolation de la découvrir dans les progrès toujours croissans des sciences médicales. Oui, Mes-

sieurs, depuis que l'instruction en France est devenue si générale, les maladies sont mieux connues, mieux traitées, et les affections chirurgicales dégénèrent moins souvent en cas d'opérations. Par l'établissement des écoles de chirurgie-pratique, le nombre des opérateurs s'est accru de toutes parts; et jusque dans les campagnes même, beaucoup de jeunes médecins dont nous nous glorifions d'avoir dirigé les premiers pas dans la carrière, justifient par des succès brillans la confiance et la réputation qu'ils se sont acquises dans l'art des opérations.

Enfin depuis que les chirurgiens ont senti l'importance de joindre à leurs connaissances, celle de la médecine interne, ils ont mieux connu toutes les ressources de la nature; ils ont tenu compte des circonstances qui peuvent rendre une opération douteuse ou insuffisante, leur talent a pris un caractère de réserve et de prudence qui leur a fait envisager une opération de moins en chirurgie, comme une conquête de plus pour l'humanité. La multiplicité des méthodes et des procédés opératoires, le nombre effrayant des instrumens qui décoraient jadis nos arsenaux, toutes ces machines, ces appareils de torture qui supposent moins de génie qu'un manque d'habitude et

de dextérité; toutes ces préparations pharmaceutiques qui ne rappèlent que des siècles d'ignorance, ont été réduites à leur juste valeur, et sont pour la plupart tombées dans l'oubli. Ce qui prouve qu'à mesure que la science s'est aggrandie, l'art s'est simplifié. Aujourd'hui, Messieurs, on ne confond plus la manie d'opérer avec le vrai génie chirurgical, on sait discerner les cas qui réclament impérieusement une opération ou qui la contr'indiquent tout à fait ; on en calcule toutes les chances dans l'intérêt de l'humanité, comme dans celui de l'art; car il est des limites au-delà desquelles, il n'existe plus que vague et incertitude, et celui qui par un faux zèle, un courage mal entendu oserait les franchir, ne serait plus qu'un téméraire que le hasard peut favoriser, mais que la saine raison condamnera toujours. Enfin, disons que le chirurgien, vraiment digne de ce nom, est celui qui guérit par les méthodes les plus simples, qui, loin d'abuser du fer et du feu, met tous ses soins à les épargner, et ne compte point ses succès en chirurgie uniquement par le nombre d'opérations qu'il a pratiquées.

Ces vérités prendront une force nouvelle, à l'époque peu éloignée sans doute, ou le sys-

tème d'amélioration conçu par les magistrats éclairés qui dirigent nos travaux, aura reçu son exécution pleine et entière ; félicitons-nous donc, Messieurs, de ce que l'Administration des hôpitaux conserve encore la forme sous laquelle elle a contracté la longue habitude de faire le bien. Et vous, jeunes Disciples, dont l'ardeur et l'application furent un moment ralenties et découragées, redoublez de zèle, grâces à cette Administration toute paternelle, vous n'aurez point à craindre que la faveur et l'intrigue viennent vous arrêter au milieu de vos succès; la lice d'où sortirent victorieux les *Desault*, les *Petit*, les *Dupuytren*, et tant d'autres noms fameux, ne vous sera point fermée, vous pourrez encore prétendre à l'honneur de disputer comme eux la palme glorieuse des concours.

FIN.


24ColorCard
CameraTrax.com


24ColorCard CameraTrax.com
STAINLESS STEEL